

# DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DIVERTICULITE AGUDA

Gabriela Ott Wagner  
Marianna Lins de Souza Salerno  
Marcela Krug Seabra  
Lúcio Sarubbi Fillmann

## UNITERMOS

DIVERTICULITE AGUDA; DIVERTICULITE AGUDA/diagnóstico.

## KEYWORDS

ACUTE DIVERTICULITIS; ACUTE DIVERTICULITIS/diagnosis.

## SUMÁRIO

Durante as últimas décadas, novos conhecimentos sobre a história natural da diverticulite aguda (DA) modificaram os paradigmas a respeito do tratamento. Estudos recentes demonstraram um papel menos importante da antibioticoterapia agressiva e intervenção cirúrgica na diverticulite crônica ou recorrente do que antes se achava necessário.<sup>1</sup>

## SUMMARY

*During the last decades, new knowledge about the acute diverticulitis natural history have modified treatment paradigms. Recent studies demonstrate a smaller role for aggressive antibiotic and surgical intervention for chronic or recurrent diverticulitis than was previously thought necessary.*

## INTRODUÇÃO

A incidência de diverticulite está aumentando no mundo ocidental.<sup>2</sup> Estima-se que aproximadamente 15 a 25% dos pacientes com doença diverticular desenvolverá um episódio de diverticulite aguda.<sup>3</sup> Com o envelhecimento global da população, espera-se que a doença diverticular e suas complicações sejam ainda mais presentes no atendimento médico.<sup>4</sup>

### Epidemiologia

A prevalência da doença diverticular aumenta com a idade, variando de aproximadamente 5% aos 40 anos a 65% aos 85 anos ou mais. A média de idade para admissão por DA é de 63 anos. Pacientes com diverticulite aguda abaixo de

50 anos são predominantemente do sexo masculino enquanto que entre 50 e 70 anos as mulheres tornam-se mais acometidas. As taxas de recorrência após um episódio de diverticulite aguda variam entre 9 e 23%, sendo que o maior risco de recorrência se dá no primeiro ano (10%) e cai para 3% nos anos seguintes. A maioria delas tende a ser leve, respondendo bem ao tratamento clínico. A maioria das perfurações não ocorre nas recorrências, mas no primeiro episódio de DA. Múltiplas recorrências não foram relacionadas a um aumento na mortalidade ou a maior chance de doença complicada.

### **Patogenia**

Divertículo colônico é a herniação da mucosa e submucosa correspondendo a um ponto de fraqueza, onde os vasa recta penetram na túnica muscular<sup>5</sup>. A hipótese de que a doença diverticular é causada por um aumento na pressão colônica é corroborada pelo fato de que ocorre preferencialmente no cólon sigmoide, correspondendo à área de maior pressão intraluminal. Ao contrário do que se pensava, a relação de doença diverticular com dieta rica em fibras não está clara, apresentando resultados divergentes. Estudos recentes sugerem que a motilidade alterada do intestino é a responsável pelo aumento da pressão intraluminal, tendo sido demonstrado hipercontratilidade e menor relaxamento no intestino de pacientes com DA. Além disso, foram encontradas semelhanças entre diverticulite crônica, doença inflamatória intestinal e síndrome do intestino irritável, tais como aumento nos níveis de histamina, TNF alfa e metaloproteinases. Diverticulite aguda resulta da perfuração microscópica ou macroscópica de um divertículo em virtude de inflamação e necrose focal. Obesidade e tabagismo foram associados a maior risco de DA e suas complicações. Anti-inflamatórios não esteroides, corticoides e opióides tem sido associados a risco aumentado de diverticulite perfurada.

### **CLASSIFICAÇÃO**

#### *Classificação de Hinchey*

I	Abscesso pericólico ou flegmão
II	Abscesso intra-abdominal ou retroperitoneal
III	Peritonite purulenta
IV	Peritonite fecal

### **PACIENTES JOVENS**

Dentre todos os pacientes hospitalizados por DA, entre 18 e 34% tem 50 anos ou menos. Alguns autores relataram que pacientes mais jovens teriam maior risco de complicações, indicando ressecção cirúrgica mais precoce, porém estudos recentes não comprovaram tais dados. Nestes pacientes, o maior risco de recorrência se deve a uma maior expectativa de vida e não propriamente a

um maior risco absoluto. Não há evidências que pacientes mais novos devam ser tratados de maneira diferente.

### **IMUNOCOMPROMETIDOS**

Em pacientes imunodeprimidos, tem sido documentada uma maior incidência de DA se comparado a indivíduos saudáveis, especialmente em pacientes com insuficiência renal, transplantados ou usuários de corticosteróides. Esses pacientes apresentaram mais complicações relacionadas à DA. No entanto, screening nestes casos, com vistas à ressecção colônica profilática, não é efetiva.

### **PREVENÇÃO**

Embora não existam estudos comprovando, muitos profissionais recomendam prática habitual de exercício físico, dieta rica em fibras e pobre em carne vermelha, baixo consumo de álcool e abandono do tabagismo.

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

O diagnóstico baseado em queixas, exame físico e exames laboratoriais está correto em 43 a 68% dos casos. Fatores de risco independentes para DA encontrados em diversos estudos foram dor em quadrante inferior esquerdo do abdome, ausência de vômitos e PCR maior do que 50mg/l. Se os três critérios estiverem presentes, 97% dos indivíduos estarão em um episódio de DA. A dor é constante e metade dos pacientes recorda de um ou mais episódios semelhantes. Embora a dor seja caracteristicamente no quadrante inferior esquerdo, devido ao envolvimento do cólon sigmoide, pode se localizar em região suprapúbica ou quadrante inferior direito. Esta variante é explicada por um sigmóide redundante ou, menos comumente, por uma diverticulite cecal, com incidência mais alta em indivíduos de origem asiática. Hemograma e exame qualitativo de urina devem fazer parte da avaliação dos casos suspeitos. Febre e leucocitose podem ocorrer, mas estão ausentes em 45% dos casos. Em 20% dos pacientes encontramos massa palpável, que ocorre por inflamação pericolônica ou abscesso. Alteração de hábito intestinal é relatada em alguns casos, com predomínio de constipação (50% dos pacientes), embora diarreia também ocorra em 25 a 35% das vezes.

### **DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

Em geral, as informações clínicas são insuficientes para o diagnóstico, sendo necessário recorrer aos exames de imagem. A Tomografia Computadorizada (TC) é o exame de escolha na suspeita de DA. Tem a

vantagem de avaliar a extensão extraluminal do processo e pode direcionar intervenções terapêuticas no caso de doença complicada. A Ultrassonografia abdominal(US) também pode ser usada, principalmente na indisponibilidade de TC. Os critérios mais usados para diagnóstico de DA na US ou TC são: aumento da espessura da parede colônica (>4-5mm), sinais de inflamação da gordura pericólica e presença de divertículos inflamados. Para aumentar a precisão diagnóstica, o uso de contraste intravenoso ou oral é recomendado. Cistografia é ocasionalmente útil na confirmação de fístula colovesical. O uso de RNM tem sido questionado, tendo a vantagem de não necessitar de radiação ionizante ou contraste endovenoso, porém os dados são ainda limitados. Baseado em pequenos estudos, a sensibilidade e especificidade da RNM no diagnóstico de DA variam de 86 a 100% e 88 a 100%, respectivamente.

A colonoscopia não é recomendada no quadro agudo de diverticulite. Possíveis dificuldades de sua realização na fase aguda são: exame incompleto por dor, estenose e preparo inadequado do cólon. Além disso, a distensão do cólon pelo ar insuflado pode aumentar o risco de conversão de uma perfuração contida em livre. A avaliação eletiva de pacientes que se recuperam de um episódio de DA é controversa. Alguns autores recomendam colonoscopia com a finalidade de confirmar diagnóstico e descartar malignidade enquanto outros alegam não haver maior detecção de neoplasia nestes casos.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

O diagnóstico diferencial de um episódio de diverticulite aguda inclui síndrome do intestino irritável, gastroenterite, obstrução intestinal, doença inflamatória intestinal, apendicite, colite isquêmica, câncer colorretal, infecção do trato urinário, cálculo renal e desordens ginecológicas.<sup>6</sup>

## **TRATAMENTO DA DIVERTICULITE NÃO COMPLICADA**

Dos episódios de diverticulite aguda, 75% são do tipo não complicados, podendo ser tratados clinicamente com uma taxa de sucesso de 93-100%.<sup>7</sup> Tratamento conservador inclui antibióticos, repouso e restrição dietética, embora não existam evidências que repouso, restrição dietética ou laxantes influenciem positivamente no curso da doença. A antibioticoterapia via oral é tão efetiva quanto a endovenosa e a sua administração endovenosa por menos de 4 dias se equivale em eficácia ao uso por 7 dias. Para os pacientes que não toleram dieta oral, é recomendada nutrição parenteral se está previsto jejum maior que 3 dias. Estudo recente não demonstrou redução na formação de abscesso, perfuração ou recorrência com uso de antibióticos. O uso parenteral parece ser apropriado, no entanto, nos casos de sinais de infecção (temperatura > 38,5°C) ou sinais de septicemia, além de pacientes imunocomprometidos.

## **TRATAMENTO DA DIVERTICULITE COMPLICADA**

### ***Hinchey Ib e II***

Aproximadamente 15% dos pacientes com DA tem abscesso à TC. Tratamento conservador com antibiótico obtém bons resultados em 73% dos casos de abscessos menores de 4 a 5 cm de diâmetro. Em casos de falha no tratamento conservador ou de abscessos maiores, deve ser realizada drenagem percutânea guiada por US ou TC, com sucesso em 81% dos casos. Essa abordagem reduz as taxas de cirurgia em 30-40%. Nos casos de abscessos maiores e falhas na drenagem percutânea, a drenagem associada à antibioticoterapia deve ser preferida.

### ***Hinchey III e IV***

Peritonite é a complicação da DA mais ameaçadora à vida, com mortalidade de 14%, embora perfuração seja relativamente rara, com uma incidência de 1,5%. A prevenção da disfunção orgânica por septicemia se dá através de ressuscitação agressiva associada a antibióticos de amplo espectro e eliminação da fonte de infecção. O tratamento cirúrgico é o padrão nos casos de diverticulite perfurada. No caso de peritonite purulenta (Hinchey III), lavagem laparoscópica associada a antibióticos pode ser resolutive. O achado de peritonite fecal, no entanto, indica ressecção. A técnica de Hartmann é a mais realizada, envolvendo a ressecção do cólon acometido, sepultamento do reto e realização de colostomia terminal. Em um segundo momento, é realizada a reconstrução do trânsito. A anastomose primária pode ser realizada em pacientes hemodinamicamente estáveis, já que, devido à administração de vasopressores em paciente instáveis, a circulação esplâncnica pode estar reduzida, acarretando um maior risco de deiscência anastomótica.

### ***Cirurgia Eletiva***

Nos últimos anos, a morbimortalidade tem diminuído nos casos de DA complicada, devido à melhoria no diagnóstico e desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas. Desse modo, a cirurgia eletiva deve ser recomendada analisando fatores relacionados ao paciente e não mais conforme número de episódios de DA. Essa alteração se deve a dados publicados recentemente, demonstrando que episódios recorrentes de diverticulite tem, na maioria das vezes, curso benigno, necessitando de cirurgia de emergência em apenas 5,5% dos casos. Além disso, a maioria dos pacientes que se apresentam com diverticulite complicada, o fazem na primeira crise, sendo a mortalidade em 30 dias de 3% para os primeiros episódios e 0% nas recorrências. Dados recentes demonstraram que 16% dos primeiros casos de diverticulite necessitaram de

cirurgia de emergência enquanto esta taxa foi de apenas 6% para os casos recorrentes. Episódios recorrentes de DA inclusive parecem reduzir o risco de perfuração, devido às aderências causadas por inflamação.

A cirurgia eletiva não deve, a princípio, ser recomendada após o primeiro episódio de DA. Indivíduos em uso de imunossupressor, com insuficiência renal ou com doença do tecido conjuntivo tem uma chance maior de recorrência e complicações, podendo justificar a ressecção precoce. Em casos de complicações crônicas como estenoses ou fístulas, a ressecção deve ser recomendada se as condições clínicas do paciente permitirem. Fístulas se formam principalmente para a bexiga, podendo ocorrer também para outros segmentos intestinais, pele e para a vagina em casos de mulheres hysterectomizadas. Pacientes com fístulas colovesicais se apresentam com infecção do trato urinário recorrente, pneumatúria e/ou fecalúria. A cirurgia laparoscópica deve ser preferida em relação à aberta por menor tempo de internação e menos complicações, embora não haja benefícios a longo prazo. A recorrência da diverticulite aguda após cirurgia eletiva ocorreu em 12,5% dos pacientes submetidos à anastomose colossigmoideana enquanto nos casos de anastomose colorretal a taxa de recidiva foi de 6,7%, devendo ser esta a preferida. A taxa de deiscência foi menor quando foi preservada a artéria mesentérica inferior.

### **TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DIVERTICULITE RECORRENTE**

Tradicionalmente, dieta rica em fibras é recomendada para prevenir episódios recorrentes de DA, embora ensaios clínicos randomizados venham demonstrando resultados inconsistentes. Redução de peso e abandono do tabagismo tem sido recomendados. O uso cíclico de antibióticos não absorvíveis reduziu 50% a chance de um novo episódio de diverticulite, sendo a prevenção de recorrência mais efetiva quando associado com mesalazina. Queixas residuais após um episódio de DA podem ser manejadas com antibiótico não absorvível associado à mesalazina. Alguns pacientes tem conforto com o uso prolongado de anti-colinérgicos.

### **CONCLUSÃO**

Ao contrário do que se pensava, um maior entendimento da história natural da diverticulite tem demonstrado, em diversos estudos, um papel menos importante da antibioticoterapia agressiva e intervenção cirúrgica nos casos de diverticulite recorrente.

### **REFERÊNCIAS**

1. Morris A, Regenbogen S, Hardiman K, et al. Sigmoid Diverticulitis a systematic review. *JAMA*. 2014;311(3):287-97.
2. Andeweg C, Mulder I, Felt-Bersma R, et al. Guidelines of diagnostics and treatment of acute left-sided colonic diverticulitis. *Dig Surg*. 2013;30:278-92.
3. Pemberton J, Young-Fadok T. Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. *UpToDate Online*. 2014. [updated Apr 14 2014]. [acesso 2014 maio 3]. Disponível em: [http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-diverticulitis-in-adults?source=search\\_result&search=Clinical+manifestations+and+diagnosis+of+acute+diverticulitis+in+adults&selectedTitle=1%7E17](http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-diverticulitis-in-adults?source=search_result&search=Clinical+manifestations+and+diagnosis+of+acute+diverticulitis+in+adults&selectedTitle=1%7E17)
4. Dias A, Gondim A, Nahas S. Atualização no tratamento da diverticulite aguda do cólon. *Rev bras Coloproct*. 2009;29(3):367-71.
5. Andersen J, Bundgaard L, Elbrond H, et al. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. *Dan Med J*. 2012;59:1-9.
6. Rafferty J, Shellito P, Hyman N, et al. Practice Parameters for Sigmoid Diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:939-44.
7. Young-Fadok T, Pemberton J. Treatment of acute diverticulitis. [updated Apr 22 2014]. [acesso 2014 maio 3]. Disponível em: [http://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-complicated-diverticulitis?source=search\\_result&search=Treatment+of+acute+diverticulitis&selectedTitle=2%7E17](http://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-complicated-diverticulitis?source=search_result&search=Treatment+of+acute+diverticulitis&selectedTitle=2%7E17).